

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

渋谷区長 殿

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額認定を申請します。

フリガナ			被保険者番号	
被保険者氏名			個人番号	
生年月日	年 月 日			
住 所	〒 連絡先			
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称(※)	〒 連絡先			
入所(院)年月日(※)	年 月 日		(※)介護保険施設に入所(院)していない場合及び ショートステイを利用している場合は、記入不要です。	

配偶者の有無		有 ・ 無		左記において「無」の場合は、以下の 「配偶者に関する事項」については、記載不要です。	
配偶者に関する事項	フリガナ				
	氏名				
	生年月日	年 月 日		個人番号	
	住所	〒 連絡先			
	本年1月1日 現在の住所 (現住所と異なる場合)	〒			
	課税状況	住民税 課税		・ 非課税	

収入等に関する申告	☐	①生活保護受給者/②住民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者				
	☐	③住民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、 その他の合計所得金額の合計額が年額80.9万円以下です。 (受給している年金に○してください。以下同じ。) ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。				
	☐	④住民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、 その他の合計所得金額の合計額が年額80.9万円を超え、120万円以下です。				
	☐	⑤住民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、 その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。				
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	☐ 預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円(夫婦は2000万円)、③の方は650万円(同1650万円)、④の方は550万円(同1550万円)、⑤の方は500万円(同1500万円)以下です。 ☐ ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、③～⑤の方は1000万円(夫婦は2000万円)以下です。					
	預貯金金額	円	有価証券 (評価概算額)	円	その他 (現金・負債を含む)	() ※円

※内容を記入してください

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	連絡先(自宅・勤務先)
申請者住所	本人との関係

注意事項

- この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。
- 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。
- 虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費等の支給を受けた場合には、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、支給された額及び最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

【区記入欄】

収入等 確認事項	世帯情報	非課税 課 税	本人収入	円	配偶者収入	非課税 課 税	預貯金額	円
証発行	交付年月日	年 月 日	適用年月日	年 月 日	有効期限	年 月 日		
証発行係員	受付係員	年 月 日	第(1・2・3①・3②・4)段階で (認定・非該当)として よろしいか伺います。			(備考) 特養・老健・療養・医療院・地域特養・他		

同 意 書

渋谷区長 殿

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私及び私の配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、報告を求めることに同意します。

また、貴区長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

年 月 日

<本 人>

住所 _____

氏名 _____

<配偶者>

住所 _____

氏名 _____